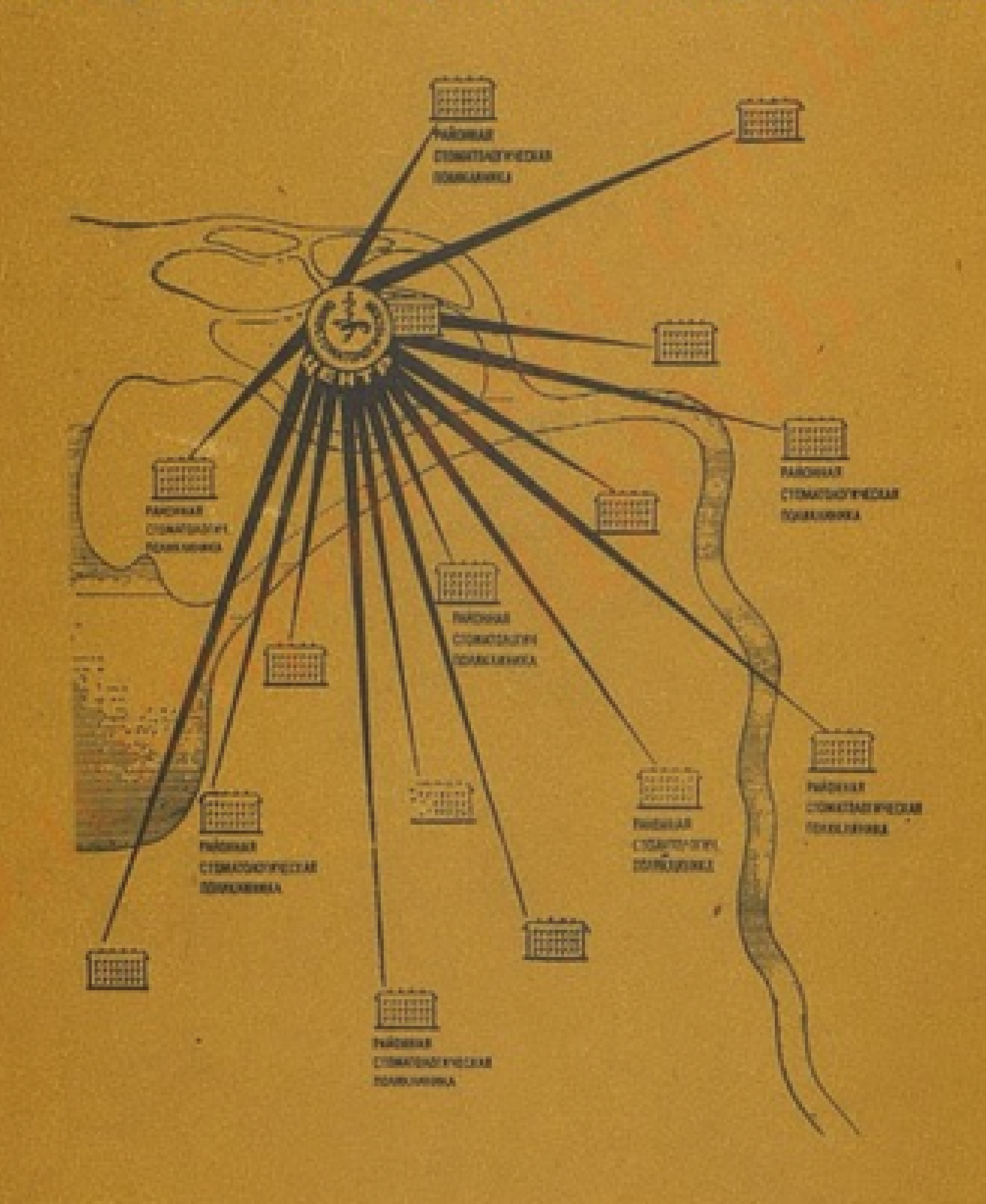
Опухоли челюстно-лицевой области
(диагностика, клиника и лечение)

СБОРНИК ТРУДОВ

под редакцией проф. В. А. Дунаевского



Ленинград
1974

больным, радикальное оперативное вмешательство, у которых не может быть выполнено из-за преклонного возраста, сопутствующих заболеваний, чрезмерной распространенности опухолевого процесса или отказа их от операции, показано лучевое лечение, дополняемое нами в ряде случаев системной или регионарной химиотерапией.

Некоторые клинические показатели и результаты лечения при раке языка

По данным литературы, рак языка от злокачественных опухолей человека в целом составляет 2—3% (П. А. Герцен, 1929; Б. А. Рудявский, 1968 и др.). Однако, несмотря на относительную немногочисленность этой группы больных, стойкого излечения, даже с использованием самых последних достижений научно-технического прогресса, клиницист может добиться далеко не всегда. О важности проблемы говорит уже то обстоятельство, что вопросами лечения рака языка занимались также видные хирурги и онкологи, как Н. И. Пирогов, Н.В. Склифосовский, П. А. Герцен, Н. Н. Петров, Billroth, Kocher, Crile и другие.

Как указывает Б. А. Рудявский, за последние полтора десятилетия отдельные, преимущественно зарубежные хирурги, стремятся к расширению хирургического вмешательства при раке языка, выполняя операцию по методике лионского хирурга Валла — иссекая в едином блоке пораженную часть языка, ткани дна полости рта, при показаниях — делая резекцию нижней челюсти, удаляя клетчатку шеи и регионарные лимфатические узлы. Подобные операции, видимо, у строго определенного контингента больных выполняются и у нас в стране, но в рамках комбинированного лечения (А. И. Пачес, 1971). Выполняются такие хирургические вмешательства и в нашей клинике.

Говоря о рациональных методах комбинированного лечения рака языка Ю. В. Петров, В. А. Гремилов указывают, что при лечении рака языка решающее значение приобрели лучевые методы (1958).

В 40-х годах текущего столетия сотрудники Московского онкологического института им. П. А. Герцена В. И. Янишевский и Х. Л. Трегубова произвели клинико — морфологические исследования с целью выработки оптимальной дозы облучения при раке языка. Они установили, что умеренные дозы наружного облучения вызывают весьма слабые дегенеративные изменения в клетках опухоли, а большие, приводя к гибели раковых клеток, ослабляют функциональные возможности окружающих нормальных тканей. Вследствие этого последние утрачивают способность сопротивляться агрессии со стороны остатков опухоли. Таким образом, одна лучевая терапия не дает возможности осуществлять у подавляющего числа больных радикальное лечение (Б. А. Рудявский, 1968).

Об этом свидетельствует и работа Н. А. Ибрагимовой, Н. Г. Башировой и З. Т. Крыловой, которые изучали морфологические изменения опухолевой ткани при раке языка под действием проникающей радиации (1971). Гистологическое изучение операционного материала при условии проведения предшествующих оперативному вмешательству наружного телегамматерапевтического облучения или радиопунктуры кобальт—содержащими иглами показало, что в зоне расположения опухоли языка раковые клетки сохраняются соответственно у 8 больных из 10 и у 8 из 12. При сочетанном лучевом методе лечения (наружное и внутритканевое телегамматерапевтическое облучение) из двух леченных больных у одного в операционном материале раковых клеток не найдено, у другого — опухолевые клетки даже не претерпели дегенеративных изменений. Вследствие этого, как указывают в своем сообщении авторы, методом выбора при раке языка следует считать комбинированное лечение. С такой точкой зрения можно вполне согласиться.

Нельзя не отметить, однако, что все указанные авторы представляют либо кафедру онкологии одного из ГИДУВ'ов (ЦОЛИУВ, Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина), либо научно-исследовательские институты онкологии страны (например, Ленинградский научно-исследовательский институт онкологии им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР). Это, по существу, в известной мере определяет контингент наблюдаемых и госпитализируемых больных, поскольку задачи, стоящие перед такими учреждениями, вытекают из научных планов.

В отечественной литературе мы не нашли ни одного сообщения, где были бы отражены некоторые клинические показатели и результаты лечения у больных раком языка в учреждении практического здравоохранения.

За период с 1969 по 1973 гг. в отделении онкостоматологии Ленинградской городской онкологической больницы (больница № 8 ЛГЗО) находилось на лечении 77 больных раком языка. Возраст больных, соотношение между мужчинами и женщинами указаны в таблице 19.

Как видно из таблицы 19, наибольшее количество больных обоего пола приходится на самый активный возраст человека — от 40 до 70 лет. Возрастная характеристика представленного контингента больных отражает, безусловно, те изменения в соотношении отдельных возрастных групп, которые сложились в нашем обществе за последние десятилетия в связи с увеличением продолжительности жизни.

До направления в онкологическую сеть ЛГЗО больные получали различное лечение в стоматологических или соматических поликлиниках, медсанчастях промышленных предприятий и т. д. Это лечение выражалось в полосканиях полости рта, смазываниях слизистой оболочки языка антисептиками, коррекции зубных протезов и удалении зубов, травмирующих язык,

Таблица 19

Распределение больных раком языка по возрасту

Возрастные группы наблюдаемых больных													
20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70—74	75—79	80—84	85—89
Мужчины (44)													
—	—	1	2	8	4	—	9	8	7	3	2	—	—
Женщины (33)													
1	—	1	2	1	—	5	7	2	6	3	3	1	1
Всего (77)													
1	—	2	4	9	4	5	16	10	13	6	5	1	1

в лечении лейкоплакии, в назначении диеты. Некоторые больные направлялись в специализированные лечебные учреждения для исключения туберкулезного поражения слизистой оболочки органа, для исключения микоза.

В ряде случаев без выполнения каких-либо диагностических манипуляций назначалось УВЧ — поле, производилась пункция инфильтрата языка с целью получения гноя. Диагностическая биопсия перед направлением в онкологическую сеть была произведена только у 4 больных. Некоторые из больных до обращения к врачу проводили самолечение. Таким образом, имело место лечение, не только не исключавшее причину заболевания, но иногда даже усугублявшее состояние больного. В некоторых случаях консервативное не патогенетическое лечение приводило к выраженному прогрессированию заболевания. Этому способствовало и позднее обращение к врачу.

В связи с тем, что рак рассматривается как общее страдание организма и в литературе нередко можно встретить выражение «раковая болезнь», представляет интерес тот «фон», на котором развивается злокачественная опухоль того или иного органа. У наших больных из числа сопутствующих заболеваний были выявлены язвенная болезнь 12 — перстной кишки, цирроз печени, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, стенокардия, стеноз устья аорты, комбинированный порок сердца, кардиосклероз, туберкулез легких, болезнь Верльгофа, инфаркт миокарда, сифилис, трофическая язва голени, в анамнезе жизни у ряда больных — рак шейки матки, молочной железы, излеченный до возникновения рака языка.

В таблице 20 представлена клинико — морфологическая характеристика рака языка у больных различного возраста, которые в силу разных причин были осмотрены онкостоматологом и начали лечиться через 3 месяца от начала заболевания.

Таблица 20

Клинико-морфологическая характеристика рака языка у больных различного возраста

TNM	Морфология опухоли	Средний возраст больных
$T_2N_0M_0$	Плоскоклеточный ороговевающий рак	67
$T_2N_0M_0$	» » »	40
$T_2N_0M_0$	» рак	67
$T_3N_1M_0$	Плоскоклеточный ороговевающий рак	44
$T_3N_1M_0$	» рак	63
$T_3N_1M_0$	Высокодифференцированный рак с ороговением	45
$T_4N_1M_0$	Плоскоклеточный ороговевающий рак	86
$T_3N_1M_0$	Высокодифференцированный плоскоклеточный рак	75
$T_3N_1M_0$	Плоскоклеточный ороговевающий рак	67
$T_3N_2M_0$	Высокодифференцированный плоскоклеточный рак	47
$T_3N_2M_0$	Плоскоклеточный рак со слабо выраженным ороговением	40
$T_3N_2M_0$	Плоскоклеточный рак местами скиррозного характера	56
$T_3N_2M_0$	Плоскоклеточный ороговевающий рак	67
$T_3N_2M_0$	» » »	41

Анализ данных, представленных в таблице 20, даёт возможность говорить о выраженной динамике ракового процесса при локализации его в языке. Через 3 месяца от начала заболевания при условии отсутствия патогенетического лечения возможно столь быстрое развитие раковой опухоли, что при первичном осмотре специалист нередко может уже констатировать очевидные признаки запущенности заболевания.

В языке, как органе, где длина преобладает над другими параметрами, клиницисты обычно выделяют переднюю, среднюю, заднюю трети и корень. Связано это не только с анатомическими особенностями этих отделов органа. При поражении языка раком частота возникновения процесса, динамика развития первичной опухоли и регионарных метастазов, распространение рака на соседние с языком органы и ткани, а отсюда и трудности в лечении, прогноз, наконец, прямо связаны с тем, в каком из указанных отделов языка развилась злокачественная опухоль (табл. 21).

Таблица 21

Первичная локализация и распространенность опухоли у больных раком языка

Передняя треть							
Справа	Слева	Распространение опухолевого процесса					
		Только в пределах передней трети	На нижнюю поверхность	На среднюю треть	На заднюю треть	На дно полости рта	За среднюю линию языка
4	3						
всего 7		7	—	—	—	—	—

Средняя треть							
Справа	Слева	Распространение опухолевого процесса					
		Только в пределах средней трети	На нижнюю поверхность	На переднюю треть	На заднюю треть	На дно полости рта	За среднюю линию языка
25	15						
всего 40		19	3	3	7	17	2

Задняя треть							
Справа	Слева	Распространение опухолевого процесса					
		Только в пределах задней трети	На нижнюю поверхность	На среднюю треть	На корень	На дно полости рта	На переднюю небную дужку, миндалину
5	7						
всего 12		5	—	—	1	5	1

Корень языка							
Справа	Слева	Распространение опухолевого процесса					
		Только в пределах корня	На ротовую часть боковой стенки глотки	На переднюю небную дужку, миндалину	На надгортанник	На дно полости рта	За среднюю линию языка
8	10						
всего 18		7	4	5	2	2	2

Последние данные по гистогенезу малигнизированных структур, представленные, в частности, С. И. Щелкуновым (1962, 1971), свидетельствуют о том, что ряд разновидностей рака, даже в различной степени дифференцированных, развивается, преимущественно, врастая в просвет лимфатических капилляров и сосудов, образуя эпителиальную выстилку внутриорганного лимфатического русла или распространяясь по ходу этих лимфатических образований в виде тяжа. Такие разновидности рака не имеют выраженных границ, быстро растут и, следовательно, особенно опасны.

Результаты наших стереомакроскопических и микроскопических исследований раковых опухолей языка и прилежащих к ним тканей показали, что внутриорганное, лимфатическое русло языка представлено несколькими послойными сетями капилляров и сосудов. Плотность их на единицу площади высокая. Изложенные данные можно, видимо, принять как объяснение не только динамического развития первичной раковой опухоли языка, но и раннего метастазирования.

Представление о том, какие группы регионарных лимфатических узлов при раке языка были поражены в зависимости от локализации процесса у больных, которые находились под нашим наблюдением, дают данные таблицы 22.

Таблица 22

Характер метастазирования в зависимости от первичной локализации рака языка

Первичная локализация опухоли	Число больных с различной локализацией опухоли							
	Передняя треть языка		Средняя треть языка		Задняя треть языка		Корень языка	
Характер метастазирования	в л/узлы подчелюстной области	в л/узлы шеи	в л/узлы подчелюстной области	в л/узлы шеи	в л/узлы подчелюстной области	в л/узлы шеи	в л/узлы подчелюстной области	в л/узлы шеи
Число больных	1	—	14	5	3	3	7	7
Всего больных	1		19		6		14	

Как следует из этой таблицы, рак средней и задней третей, а также рак корня языка может быть причиной метастатического поражения нескольких групп лимфатических узлов одновременно. В целом регионарные метастазы рака были выявлены у 34 больных.

По данным Moyse P., Durand I., Sadone G. (1972), метастазы в регионарные лимфатические узлы при раке языка могут достигать 46%. Таким образом, наши результаты почти совпадают с приведенными данными.

В литературе, посвященной патогенезу метастазирования рака, нередко можно встретить анализ клинического материала, из которого следует, что небольшая еще не распадающаяся опухоль может дать множественные обширные метастазы. В то же время при наличии зрелой опухоли регионарные метастазы, в частности, могут или отсутствовать или носить менее распространенный характер. Подобную закономерность отмечает Б. Г. Гольдина (1949). Однако, ни в отечественной, ни в зарубежной литературе какого-либо удовлетворительного объяснения этого факта, кроме простой констатации, мы не нашли.

Исследуя нормальный морфогенез внутриорганного лимфатического русла языка и морфогенез при поражении органа раком, мы установили существенные патологические изменения со стороны внутриорганных лимфатических капилляров и сосудов. Эти изменения — по существу, реакция на злокачественную опухоль, и морфологически они выражаются в деформации структурных элементов лимфатического русла. Последние приобретают выраженную спиралевидную изогнутость, причём степень этой деформации прямо пропорциональна возрасту больных раком языка и в неменьшей мере — длительности заболевания, стадии процесса.

С позиций патогенетического подхода к этой деструкции лимфатических капилляров и сосудов можно, видимо, принять, что она обусловлена в том числе и нарастающей по мере роста опухоли раковой интоксикацией. Анализ исходов лечения у больных, которые находились под нашим наблюдением, представлен в таблице 23.

На основании этого анализа можно сделать ряд выводов:

1) от общего количества больных, находившихся на лечении в городской онкологической больнице, значительную часть составили, те, которые поступили с III и IV стадиями процесса (I—II ст.— 29; III ст.— 30; IV ст.— 18). Это, во-первых, отразилось на выборе метода лечения, во-вторых, может быть выделено как одна из особенностей того контингента больных раком языка, который находится на лечении в городской онкологической больнице.

2) При лечении рака языка комбинированным методом у половины больных из этой группы получен благоприятный результат, продолжительность жизни больных при этом — от 1 до 4 лет. В то же время при использовании других методов лечения все больные погибли, средняя продолжительность жизни не превышала 3—15 месяцев.

Таким образом, наиболее перспективным следует считать комбинированный метод лечения рака языка.

Таблица 23

Исходы лечения у больных раком языка

Комбинированное лечение					Лучевая терапия с лечебной или паллиативной целью, комбинированное паллиативное лечение				
Стадии процесса			Исходы		Стадии процесса			Исходы	
I—II	III	IV	Живы	Летальный исход	I—II	III	IV	Живы	Летальный исход
9	12	—	10	11	15	16	13	—	44
Всего 21			Всего 21		Всего 44			Всего 44	
Внутривенная химиотерапия или внутриартериальная инфузия					**Исход — неизвестен (комбинированное лечение)**				
Стадии процесса			Исходы		Стадии процесса			Исходы	
I—II	III	IV	Живы	Летальный исход	I—II	III	IV	Живы	Неизвестны
—	2	5	—	7	5	—	—	—	5
Всего 7			Всего 7		Всего 5			Всего 5	

Об оперативном лечении ранулы в виде песочных часов

В некоторых случаях в процессе роста ранула может распространиться назад и вниз в толще подслизистого слоя по верхней поверхности мышц дна полости рта и, огибая задний край этой мышцы, или прободая его, спускается в подчелюстную область и на шею, где образует наружное выпячивание (А. А. Кьяндский, 1928; Whitlock R.J., Summergill G. B. 1962). Такие случаи встречаются редко. Вследствие редкости такие кисты часто неправильно диагностируются, а больные подвергаются безуспешному лечению. Так, Whitlock R. J. и Summergill G. B. (1962) описали случай большой ранулы с распространением на шею у женщины 22 лет, которая за короткий срок времени, в течение двух лет, трижды подвергалась обширным оперативным вмешательствам вследствие неправильной диагностики и нерадикального удаления образования.

В клинике хирургической стоматологии I ЛОТКЗМИ им. ак. И. П. Павлова выработана методика оперативного вмешательства при лечении слизистых кист в форме «песочных часов». Для иллюстрации приводим два наших наблюдения.